N° 106.

CONSIDÉRATIONS

ET PROPOSITIONS

SUR QUELQUES SUJETS

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 14 juin 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J.-ADRIEN GAUSSAIL, de Verdun,

Département de Tarn-et-Garonne;

Interne des hôpitaux et hospices civils de Paris; Membre titulaire de la Société anatomique.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen. — MM.

Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉEIL, *Suppléant.* ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générale	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Examinateur.*
Clinique médicale	FOUQUIER, *Examinateur.* BOUILLAUD, *Président.* CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN. ROUX.
Clinique d'accouchemens	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.

Baudelocque.
Bayle.
Blandin.
Bouvier.
Briquet.
Brongniart.
Cottereau, *Examinateur.*
Devergie, *Examinateur.*
Dubled, *Suppléant.*
Dubois.

MM.

Gerdy.
Gibert.
Hatin.
Lisfranc.
Martin-Solon.
Piorry.
Rochoux.
Sandras.
Trousseau.
Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON BON PÈRE

ET

A MA TENDRE MÈRE.

Témoignage de respect, de reconnaissance et de piété filiale.

J.-A. GAUSSAIL.

CONSIDÉRATIONS

ET PROPOSITIONS

SUR QUELQUES SUJETS

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

Emploi thérapeutique de la digitale dans les lésions organiques du cœur et dans quelques hydropisies.

Ce n'est guère que dans les maladies du cœur dépendantes d'un désordre de l'innervation qu'on a eu occasion de constater les bons eeffts de la digitale ; on ne l'a peut-être pas assez expérimentée dans les lésions organiques ; son action dans ces cas a été regardée comme nuisible ou nulle par des observateurs judicieux parmi lesquels on peut citer *Laennec.*

Un fait qui m'est particulier, quelques autres observés dans les hôpitaux, et notamment deux cas bien remarquables recueillis à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. *Martin-Solon*, et que j'ai publiés dans le tome cinquième du Journal hebdomadaire, m'ont fait penser que l'usage long-temps continué de la digitale pouvait modifier avantageusement les lésions organiques du cœur, non pas en les détruisant entièrement, ce qui se conçoit difficilement quand

elles sont parvenues à un certain degré, mais en faisant disparaître les symptômes plus ou moins inquiétans auxquels elles donnent lieu, et en empêchant leur reproduction.

C'est d'après un assez bon nombre d'observations recueillies sous la direction du médecin que je viens de citer, qui s'occupe avec un zèle bien louable de tout ce qui peut éclairer la thérapeutique, et dont la bienveillance et l'affection particulière m'ont toujours honoré, que je crois pouvoir émettre les propositions suivantes sur l'emploi thérapeutique et le mode d'administration de la digitale.

1. La digitale exerce primitivement une action sédative sur le cœur, et non d'une manière secondaire, et seulement chez les personnes faibles, selon l'opinion de *Sanders* et de *Laennec*, à moins toutefois qu'il n'existe un état fébrile ou une phlegmasie locale, qu'il faut d'abord faire disparaître. Alors la diminution dans la force et le nombre des pulsations du cœur se fait ordinairement remarquer dès l'ingestion des premières doses du médicament.

2. Cette action peut être portée au point de réduire à 42 pulsations un pouls tumultueux et qu'il était impossible de compter; elle peut se faire sentir pendant plusieurs jours après que l'on a cessé l'usage de la digitale. Nous avons vu souvent le pouls descendu à 56, 50, 42 pulsations; lors de la cessation du médicament, conserver ce mode de fréquence, ou n'augmenter que très-peu, pendant cinq, dix, et même quinze jours.

3. Les bruits de soufflet et de râpe peuvent diminuer d'une manière notable sous l'influence de la digitale; ils peuvent même cesser d'être appréciables pendant long-temps, comme nous l'avons constaté chez quelques malades, et notamment sur un homme chez lequel un bruit de râpe bien caractérisé cessa de se faire entendre au bout d'un mois. Après sa sortie, ce malade fit usage de la digitale à petites doses. Cinq mois après, il rentra à l'hôpital pour une affection rhumatismale; l'on put remarquer alors son état satisfaisant relativement à la maladie du cœur et l'absence du bruit de râpe.

4. L'influence de la digitale se fait à peine sentir sur le rhythme du pouls s'il est irrégulier, comme cela a lieu dans les cas de rétrécissement ou de productions morbides ayant leur siége aux orifices; mais cette irrégularité peut persister sans que les malades éprouvent d'autres dérangemens, sans qu'en un mot les autres symptômes de la lésion organique du cœur se reproduisent.

5. L'emploi long-temps continué de la digitale est une condition importante, quand il s'agit d'une lésion organique du cœur. Les malades devraient-ils s'astreindre, pendant le reste de leurs jours, à faire usage de ce médicament à petites doses, et à des intervalles plus ou moins rapprochés, ils n'achèteraient pas trop cher un état de bien-être voisin de la santé, qui leur permet de se livrer à leurs occupations, et qu'on n'obtient pas toujours par d'autres moyens.

6. L'action diurétique de la digitale ne se manifeste pas aussi rapidement que celle qu'elle exerce sur la circulation; dans quelques cas même, et c'est surtout quand il n'existe ni infiltration des membres, ni épanchement séreux dans le thorax ou l'abdomen, cette action est nulle ou à peine sensible. Mais dans d'autres circonstances la sécrétion urinaire est tellement augmentée, que dans peu de jours une leucophlegmatie portée au dernier degré peut disparaître presque entièrement. Cette action diurétique peut également se prolonger après la cessation de la digitale. Il est des cas enfin où la digitale agit simultanément sur le cœur et sur les reins.

7. C'est principalement aux cas d'ascite et d'hydrothorax qu'est applicable le précepte de faire cesser l'état fébrile et la phlegmasie locale avant d'en venir à l'emploi de la digitale; sans quoi l'on voit presque toujours l'état du malade s'aggraver. L'action diurétique est ici nécessaire, elle ne se manifeste pas toujours, il faut alors avoir recours à d'autres moyens; mais dès qu'elle a commencé à se faire remarquer, il faut insister sur la digitale : elle paraît agir plus efficacement que d'autres diurétiques.

8. La poudre préparée avec les feuilles de la digitale pourprée mé-

rite la préférence sur toutes les autres préparations de cette plante ; elle peut être portée graduellement à douze grains dans les vingt-quatre heures; mais il est important de faire prendre une dose quelconque de digitale en deux, trois et même quatre fois dans la journée. C'est sans doute à cette précaution que nous devons de n'avoir jamais observé chez les malades soumis à l'influence de ce médicament les divers accidens qui obligent souvent à en suspendre l'emploi. Ces accidens paraissent dus à la matière verte et huileuse dont la digitale pourrait être débarrassée par l'analyse ; peut-être aussi que par de nouveaux travaux chimiques on parviendrait à isoler le principe sédatif de la circulation et celui qui agit sur la sécrétion urinaire, qui pourraient alors être employés séparément et avec plus d'avantage dans les cas qui les réclameraient plus spécialement.

Colique saturnine.

1. Les symptômes et les signes les plus constans dans la colique de plomb sont : la couleur terreuse de la face, les douleurs contusives dans les lombes et les membres, la rétraction du ventre, les douleurs abdominales, la constipation, les nausées, les vomissemens de matières porracées, l'enduit jaune-verdâtre de la langue. Les douleurs de ventre sont ordinairement violentes, souvent elles arrachent des plaintes continuelles; dans bien des cas, elles diminuent par une pression forte, ce qui semble indiquer qu'il ne s'agit pas toujours d'une affection purement inflammatoire.

2. L'observation clinique a fait justice du traitement informe dit *de la Charité ;* M. *Renauldin* a rendu un véritable service à la thérapeuthique en signalant ses inconvéniens, et en démontrant l'efficacité de la méthode antiphlogistique appliquée à la curation de la colique des peintres. Toutefois, les applications de sangsues ne m'ont paru rigoureusement indiquées que lorsque les douleurs du ventre augmentent par la pression. Dans d'autres cas, qui se sont montrés les plus fréquens parmi les malades affectés de colique saturnine

que j'ai été à même d'observer à l'hôpital Beaujon, la pression de l'abdomen produit un effet tout opposé ; le soulagement paraît même augmenter selon le degré de cette pression. Dans ces circonstances, où l'on dirait que la constipation est en quelque sorte l'élément principal de la maladie, puisque les douleurs disparaissent quand les matières sont évacuées, M. *Martin-Solon* se borne à prescrire les purgatifs doux, salins ou huileux, en potion, et surtout en lavemens ; ils agissent plus efficacement administrés de cette dernière manière. J'ai vu, chez huit ou dix malades, une guérison rapide obtenue par ces moyens, aidés seulement des fomentations émollientes. Il est vrai que ces individus étaient pour la plupart affectés pour la première fois ; mais aussi, chez le plus grand nombre, les douleurs abdominales étaient excessivement vives.

Fièvre typhoïde.

1. L'éruption de *sudamina* n'est pas un signe caractéristique de la fièvre typhoïde ; je l'ai observée trois ou quatre fois chez des individus affectés de pleurésie chronique ou de rhumatisme articulaire. Cette éruption, qui cependant se montre assez fréquemment dans la première affection, et qui peut se reproduire plusieurs fois pendant sa durée, ne paraît pas avoir une influence bien appréciable sur la maladie ; elle ne peut pas servir à faire présager son issue heureuse ou funeste.

2. La prétention de traiter avec succès la fièvre typhoïde exclusivement par les antiphlogistiques ou par les toniques est déplacée ; dans bien des cas, ces deux méthodes demandent à être combinées ensemble. C'est, avant tout, aux indications fournies par l'anatomie pathologique qu'il faut avoir égard dans le traitement de cette affection. Ainsi, comme dans l'immense majorité des cas l'état typhoïde est produit par des altérations morbides de nature inflammatoire, comme ces altérations ont le plus constamment leur siége dans les follicules de la fin de l'intestin grêle, on doit accorder beaucoup de

confiance aux sangsues, appliquées dès le début sur la région iliaque droite. Il ne peut être qu'avantageux, comme je l'ai plusieurs fois constaté à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. *Bally*, de déterminer une éruption et une irritation vive à l'extérieur, à l'aide d'un emplâtre stibié appliqué sur les piqûres des sangsues; on peut ainsi empêcher l'ulcération des follicules intestinaux.

Causes et effets matériels de l'étranglement dans les hernies abdominales.

L'étranglement herniaire inflammatoire présente des variétés importantes relativement aux causes matérielles qui le produisent. Ces causes, qui demandent à être bien appréciées, parce qu'elles deviennent la source d'indications particulières, sont au nombre de quatre; je vais les énumérer avec quelques détails.

1°. *Les bords de l'ouverture naturelle ou accidentelle à travers laquelle s'est formée la hernie.* Cette cause est la plus fréquente, et la seule qui ait été connue pendant long-temps, car ce n'est que depuis que l'anatomie pathologique a été cultivée avec soin que l'on a pu constater les autres. L'étranglement dans les hernies ombilicales et anomales est presque exclusivement produit par cette cause; on la rencontre plus souvent seule dans la hernie crurale que dans l'inguinale. Il n'est pas rare de trouver, dans cette dernière espèce de hernie, les viscères étranglés à la fois par cette cause et par la suivante.

2°. *Le collet du sac herniaire.* Des faits d'anatomie pathologique, et des opérations de hernie pratiquées par les chirurgiens les plus recommandables de notre époque, ne peuvent laisser le moindre doute sur la possibilité de l'étranglement par le col du sac. Cette cause d'étranglement est peut-être aussi fréquente dans les hernies qui existent depuis long-temps que la précédente dans les hernies récentes, parce que le col du sac herniaire se rétrécit à mesure qu'une hernie devient plus ancienne. On la rencontre plus souvent dans la hernie inguinale

que dans toute autre. Il serait bien important de déterminer d'abord si une hernie est étranglée par le collet du sac ; car, si les tentatives de réduction réussissent, la tumeur rentre en masse, et les symptômes de l'étranglement persistent; l'opération serait donc plus particulièrement indiquée dans ces cas.

3°. *Des brides formées par l'épiploon.* Dans les hernies anciennes, l'épiploon contracte souvent des adhérences; il en résulte des brides, des anneaux, qui peuvent étrangler les portions d'intestins qui viennent s'y engager. Cette cause, moins fréquente que les deux précédentes, a été cependant constatée plusieurs fois.

4°. *Le sac herniaire lui-même.* Il peut se rupturer ; alors les parties qu'il renferme s'échappent au dehors de lui, et les bords de cette rupture exercent sur elles une constriction plus ou moins active. Cette cause est rare; deux faits rapportés, l'un par *J.-L. Petit*, l'autre par M. *Boyer*, ont servi à *Scarpa* pour attirer sur elle l'attention des praticiens. M. le professeur *Roux* a observé un fait semblable, mais il conserve quelques doutes sur ce mode d'étranglement dans ces trois cas : il pense que, surtout dans celui dont il a été témoin, l'étranglement avait été produit par le collet du sac dont le corps avait été rupturé par les tentatives de taxis faites avec peu de ménagement. On conçoit cependant que des efforts du malade puissent produire la rupture du sac, et il faut admettre la possibilité d'un étranglement produit de cette manière.

Les effets matériels de l'étranglement n'ont pas été convenablement décrits par les auteurs; je vais les indiquer d'après quelques faits observés dans les hôpitaux, et des notes recueillies aux leçons de M. le professeur *Roux.* Je dois dire avant tout que ces effets, dont la connaissance est de la plus haute importance pour la juste appréciation des symptômes de l'étranglement, doivent être considérés, 1°. dans les viscères qui forment la hernie ; 2°. dans la portion de ces viscères sur laquelle s'exerce la constriction ; 3°. enfin, dans les parties placées dans l'abdomen,

1°. On pourrait croire que, par l'effet de la constriction à laquelle elles sont soumises, les parties qui forment une hernie ne sont susceptibles que d'éprouver une suspension de la circulation, une congestion sanguine d'où résulterait plus tard la gangrène; mais, alors même que l'étranglement est le plus complet possible, la circulation n'est pas entièrement suspendue dans la tumeur, et par cela même elle est susceptible d'une véritable inflammation. La suspension dans le cours des matières intestinales donne lieu à une série de symptômes; cette suspension n'est pas exclusivement propre aux hernies formées par l'intestin, on peut l'observer dans les hernies épiploïques. La suppression des évacuations alvines n'est pas une conséquence nécessaire de l'étranglement, surtout si la hernie est formée par l'intestin grêle, ou par les premières portions du gros intestin; on peut voir alors les selles se reproduire plusieurs fois avant qu'elles soient complètement suspendues.

2°. Bien que l'étranglement puisse persister pendant plusieurs jours sans produire autre chose que le resserrement de l'intestin, il n'en est pas toujours ainsi; souvent il s'établit une inflammation ulcérative par suite de laquelle l'intestin peut être rapidement perforé dans une portion plus ou moins étendue de sa circonférence : cette perforation se distingue à ses bords épais et renversés en dehors. C'est parce qu'elle est plus fréquente qu'on le pense généralement, selon l'opinion de M. *Roux*, que l'on doit hésiter beaucoup à tenter la réduction d'une hernie étranglée depuis plusieurs jours. C'est aussi pour la même raison que lorsqu'on a pratiqué le débridement il faut retirer au dehors une portion de l'intestin renfermé dans l'abdomen, pour s'assurer de son état. Il est évident que ces effets seront plus marqués quand l'étranglement sera produit par les bords de l'ouverture herniaire, quand surtout ces bords présenteront une grande rigidité, comme dans la hernie crurale, et enfin quand l'intestin formera seul la tumeur.

3°. Les intestins renfermés dans l'abdomen ne conservent pas leur intégrité fonctionnelle, ils sont irrités d'une manière assez vive; il s'é-

tablit un mouvement antipéristaltique, le cours des matières se fait vers l'estomac; l'inflammation ne tarde pas à se manifester : aussi il n'est pas rare, quand on retire l'intestin au dehors, après le débridement, de le trouver rouge, gorgé de sang; et c'est là peut-être la cause la plus fréquente de la non-réussite de l'opération.

Débridement dans les hernies inguinale et crurale.

1. Dans les hernies inguinales anciennes, il est difficile de distinguer si la tumeur s'est formée en suivant le trajet oblique du canal, ou si elle s'est faite directement par l'anneau; le cordon déplacé ne peut plus servir de guide pour indiquer la situation de l'artère épigastrique; aussi il est toujours préférable, dans ces cas, de débrider, comme le fait M. *Dupuytren*, directement en haut et parallèlement à la ligne blanche.

2. L'étendue de l'incision, nécessaire pour faire cesser l'étranglement, ne peut être indiquée d'une manière rigoureuse et applicable à tous les cas, comme ont voulu le faire quelques auteurs. La conduite à tenir à cet égard est subordonnée à plusieurs circonstances qu'on ne peut prévoir d'avance, et qui se rencontrent assez fréquemment dans la hernie inguinale. M. *Sanson* a appelé l'attention des praticiens sur la nécessité des débridemens larges du canal inguinal. Dans plusieurs cas, ce chirurgien a été obligé de fendre toute l'étendue de la paroi antérieure de ce trajet, soit pour faire rentrer une hernie volumineuse, soit que la constriction fût produite par l'orifice supérieur de l'anneau ou par le collet du sac, que des tractions méthodiques n'avaient pu faire descendre pour le rendre accessible au bistouri, soit enfin qu'une hernie étranglée par le collet du sac eût été réduite en masse, et que l'étranglement persistât.

3. Le pilier postérieur de l'aponévrose du grand oblique (ligament de *Gimbernat*), dont M. *Manec* a si exactement indiqué la disposition et la véritable origine, contribue puissamment à la tension du liga-

ment de *Fallope* au niveau du canal crural. Sa section produit constamment un relâchement bien marqué dans le même point, comme il est facile de le vérifier sur le cadavre.

4. Le débridement de ce faisceau aponévrotique, dans la hernie crurale étranglée, me paraît mériter la préférence sur les autres procédés, par les deux raisons suivantes : 1°. il fait cesser plus complètement l'étranglement, car c'est ce faisceau qui le produit le plus souvent; et en outre, sa section relâche tout le contour de l'anneau crural. 2°. Il n'expose pas davantage à l'hémorrhagie; l'artère obturatrice naissant seule de l'iliaque externe ou d'un tronc commun avec l'épigastrique, passe vers l'angle interne du canal crural, ou plus en dedans, derrière le ligament de *Gimbernat*. Mais cette anomalie est rare (une fois sur quatre-vingts, selon *Lawrence*), et lorsqu'elle se rencontre, l'artère peut encore s'éloigner assez pour ne pas être intéressée par le bistouri, comme cela a été constaté dans un cas publié par M. *Ducros* de Marseille. La disposition du cordon des vaisseaux spermatiques et de l'artère épigastrique étant constante, on est bien plus exposé à les léser en débridant directement en haut, ou obliquement en haut et en dehors.

Hémorrhagies après l'opération de la taille.

1. Le sang provenant des artères divisées dans la cystotomie périnéale peut s'écouler au dehors ou s'épancher dans la vessie, ou bien enfin s'infiltrer dans le tissu cellulaire du périnée. Certains praticiens ont le soin de faire croiser les cuisses l'une sur l'autre après l'opération; il est certain que le rapprochement des bords de la plaie se trouve ainsi favorisé : mais si une hémorrhagie doit avoir lieu, elle se fait alors dans la vessie ou dans le tissu cellulaire, et l'un ou l'autre de ces cas est plus grave que l'hémorrhagie extérieure. M. *Dupuytren* recommande de laisser les jambes et les cuisses écartées. J'ai vu à l'Hôtel-Dieu un malade chez lequel cette précaution avait été omise; à la visite du soir, ce chirurgien trouva la plaie bouchée par un cail-

lot ; les douleurs vives, la saillie de la vessie à l'hypogastre, lui firent penser que le sang s'était épanché dans ce réservoir, comme cela avait lieu en effet.

2. Le tamponnement avec la canule à chemise est le meilleur moyen pour arrêter une hémorrhagie qui se fait à l'extérieur, mais il est une remarque pratique bien importante relativement à ce tamponnement : la plaie est disposée à s'enflammer, l'application de l'appareil l'y disposera encore bien davantage ; aussi il faut bien se garder d'arrêter l'hémorrhagie aussitôt qu'elle commence, il faut attendre, au contraire, qu'il se soit écoulé dix ou douze onces de sang. C'est là une saignée déplétive qu'il serait indiqué de pratiquer si on le pouvait, et qui préviendra les accidens inflammatoires.

3. Lorsque le sang s'est épanché dans la vessie, il est rare qu'il soit totalement converti en un caillot solide ; on peut le traverser avec le doigt et pénétrer ainsi dans l'intérieur de l'organe ; il faut ensuite substituer au doigt une canule de gomme élastique, qui sert à faire pénétrer doucement une injection émolliente ; on laisse s'écouler peu à peu l'eau, qui entraîne quelques portions de sang liquéfié ; on renouvelle les injections jusqu'à ce que la vessie soit complètement débarrassée, et si le sang coule encore on fait le tamponnement. Ce précepte, donné par M. *Dupuytren*, doit être mis en pratique dès que l'on s'aperçoit de la présence du sang dans la vessie, car la distension, l'irritation et la douleur qu'il détermine, peuvent avoir des suites fâcheuses.

4. Le sang infiltré dans le tissu cellulaire du périnée peut occasioner une inflammation phlegmoneuse, qui est souvent funeste ; il faut la prévenir par les moyens antiphlogistiques les plus énergiques. Il est souvent nécessaire de faire de larges incisions, soit pour évacuer le sang, soit pour s'opposer aux progrès de l'inflammation.

Parallèle entre l'amputation des orteils et celle des doigts.

Quoi que l'on ait dit des préceptes rigoureux que M. *Lisfranc*, en attachant honorablement son nom à la médecine opératoire, a introduit dans la pratique de presque toutes les opérations chirurgicales, il faut cependant reconnaître qu'en les négligeant on s'éloigne plus ou moins du degré de perfection qu'il est permis d'atteindre. Je reproduis ici les idées de cet excellent maître, dont je m'aplaudirai toujours d'avoir été l'élève ; je chercherai surtout à signaler en quoi l'amputation des orteils doit différer de celle des doigts.

1. Pour pratiquer la désarticulation des doigts, le chirurgien doit d'abord placer son pouce et son indicateur gauche, le premier sur la face dorsale, le second sur la face palmaire du doigt à amputer ; avec sa main droite, il lui fait exécuter des mouvemens, afin de sentir le point où siége son articulation avec le métacarpien. Après avoir fait écarter les autres doigts, il porte le talon du bistouri sur la face dorsale de l'articnlation, à l'union de son tiers externe avec ses deux tiers internes, s'il opère de dedans en dehors, comme je le suppose ici ; il fait ensuite, à plein tranchant, une incision dans la direction d'une ligne qui, partant du point indiqué, viendrait se rendre au bord externe de la commissure ; alors, sans que le bistouri abandonne cette incision, il lui fait exécuter un mouvement de rotation par suite duquel son tranchant devient perpendiculaire à l'axe de la phalange ; il coupe nettement les tissus pour arrondir le lambeau, qui est terminé en faisant, à la face palmaire, une incision parallèle à celle de la face dorsale ; ce lambeau doit être refoulé en faisant filer à plat le bistouri, dont le tranchant, parvenu à la tête de la phalange, doit être tenu perpendiculairement contre elle. L'opérateur fait cheminer l'instrument devant lui en *violonnant ;* quand il est parvenu vis-à-vis la ligne articulaire, qu'il ne peut dépasser conduit de cette manière, il le fait pénétrer, et ouvre largement l'articulation en contour-

nant la tête de la phalange. Pendant ce temps de l'opération, le doigt est légèrement luxé en dehors ; enfin il ne s'agit plus que de tailler un lambeau externe semblable au premier, en glissant le long du doigt que l'on ramène à sa position naturelle.

2. L'examen comparatif du pied et de la main démontre que l'amputation des orteils ne peut être pratiquée comme celle des doigts : 1°. la face dorsale de la main est plane, ou du moins peu convexe, tandis que le dos du pied présente une convexité très-marquée ; d'où il suit que si dans l'amputation des orteils on commence l'incision avec le talon de l'instrument, elle sera trop étendue. 2°. Le lambeau formé pour la désarticulation des doigts peut être aisément refoulé ; l'épiderme de la plante des pieds offre une dureté considérable ; aussi est-on obligé de donner à l'incision de la face palmaire une direction qui permette d'arriver à l'articulation. 3°. A la main, tout est disposé pour l'élégance des formes et la facilité des mouvemens ; les doigts sont implantés superficiellement sur les métacarpiens : au pied, des dispositions inverses garantissent la solidité, et font qu'on éprouve plus de difficultés pour trouver les articulations des orteils. 4°. Les métacarpiens sont à une assez grande distance les uns des autres ; les métatarsiens sont presque juxtaposés, d'où il faut conclure que dans l'amputation des orteils on est plus exposé à intéresser les articulations voisines, ce qui peut avoir les conséquences les plus fâcheuses. 5°. Les têtes des phalanges des doigts ont peu de volume par rapport à leur corps : la différence est bien plus sensible pour les orteils ; aussi le bistouri a-t-il un plus long trajet à parcourir pour pénétrer dans une articulation métatarso-phalangienne.

3. En indiquant ces différences anatomiques, j'ai en partie signalé les modifications à apporter aux règles émises plus haut, quand il s'agit de l'amputation des orteils ; je vais les résumer rapidement. Après s'être assuré de la position de l'articulation, en suivant les préceptes indiqués, on commence avec la pointe du bistouri une inci-

sion qui doit avoir la même direction que pour les doigts ; on arrondit le lambeau de la même manière. Mais l'incision de la face plantaire doit être dirigée parallèlement à l'axe du pied ; si on lui donnait la direction de la première, on ne pourrait arriver à l'articulation, qui est plus profondément placée. La disposition serrée des articulations avertit l'opérateur de tenir avec soin son bistouri contre la phalange qu'il veut emporter, quand il cherche la ligne interarticulaire. L'implantation profonde des orteils ne permet pas de pénétrer dans l'articulation à plein tranchant ; il faut contourner la tête de la phalange, et désarticuler avec la pointe ; cela fait, le second lambeau doit être taillé d'après les règles indiquées pour la désarticulation des doigts.

Affections de l'utérus.

1. Les saignées générales sont bien préférables aux applications de sangsues dans la thérapeutique des affections de l'utérus. Elles sont indiquées toutes les fois qu'il y a congestion vers l'organe malade et augmentation des douleurs ; mais, pour qu'elles agissent avec efficacité, il faut qu'elles soient peu abondantes, d'une palette ou deux au plus. Ces petites saignées révulsives procurent presque constamment une amélioration notable ; je les ai vues soulager des malades affectées de cancers incurables, et leur procurer du sommeil, lorsque les opiacés ne produisaient plus aucun effet.

2. Le cancer de l'utérus commence souvent par une ulcération superficielle occupant le col de cet organe, et faisant des progrès du centre à la circonférence. Au bout d'un temps plus ou moins long, elle peut envahir une grande étendue de l'utérus, et être tout à fait au-dessus des ressources de l'art. La cautérisation avec le nitrate acide liquide de mercure peut prévenir cette désorganisation, quand on est appelé à donner des soins dans les premiers temps de la maladie.

3. Il ne faut pas juger de la gravité d'une affection de l'utérus par

la présence ou l'absence des douleurs. Il n'est pas rare de voir des femmes affectées de cancers incurables, et qui n'ont jamais ressenti des douleurs dans le bas-ventre ni dans les reins, tandis que l'on voit assez souvent des érosions superficielles siégeant au pourtour du col occasioner les douleurs les plus vives. Ce fait, que j'ai plusieurs fois constaté dans le service de M. *Lisfranc*, prouve que généralement les affections de l'utérus débutent d'une manière insidieuse; qu'il faut faire attention aux moindres dérangemens éprouvés par les malades, et établir aussitôt le diagnostic par le toucher et par l'examen à l'aide du *speculum*.

Maladies syphilitiques.

1. Un traitement mercuriel ne met pas à l'abri des symptômes consécutifs de la syphilis ; il est plus efficace dans les affections consécutives que dans les affections primitives ; il peut produire de graves désordres dans l'économie, s'il est administré intempestivement. Aussi, toutes les fois que des symptômes primitifs marchent franchement et en peu de temps vers la guérison, sous l'influence des moyens antiphlogistiques, je crois qu'il est indiqué de s'abstenir des préparations mercurielles.

2. On voit assez souvent, quand on administre ces préparations, sans autres moyens préalables, dès le début d'une affection primitive, celle-ci rester stationnaire, des symptômes consécutifs se manifester, la constitution se détériorer. La tisane de *Feltz*, convenablement administrée, est alors le meilleur moyen que l'on puisse employer, tant pour détruire les effets fâcheux du traitement mercuriel que pour guérir l'affection syphilitique.

3. Les topiques mercuriels appliqués sur les ulcères vénériens s'opposent à leur guérison, surtout si on y joint le traitement mercuriel général. Ce fait est tellement reconnu à l'hôpital des Vénériens, que depuis long-temps les chancres y sont généralement pansés,

pendant toute leur durée, avec de simples liqueurs émollientes ou des préparations opiacées.

4. Il est des chancres vénériens blafards, grisâtres, paraissant devoir rester stationnaires indéfiniment. J'ai vu un bon nombre de fois M. *Cullerier* faire appliquer dans leur centre une ou deux sangsues ; peu de jours après, ces chancres prenaient un meilleur aspect, et marchaient rapidement vers la cicatrisation.

FIN.